

AL COMUNE DI NORMA
Ufficio Servizi Sociali

ISTANZA PER CONCESSIONE BUONI SPESA – EMERGENZA COVID-19
(Ordinanza Protezione Civile n. 658/2020 e DGR 138/2020)

Il /la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente _____ via _____ n. _____
scala _____ int. _____ telefono _____ e-mail _____
Documento* _____ N° _____ Rilasciato il _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 relativo a falsità in atti e dichiarazioni mendaci , e di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n. 445/2000, e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiere, di cui all'art.75 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, fatte salve, in ogni caso, le sanzioni penali previste dall'art. 76;

DICHIARA

1. di essere cittadino italiano;
2. di essere cittadino di uno Stato appartenente all'Unione Europea;
3. di essere cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea e di essere in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità;
4. di essere residente nel Comune di Norma o di aver presentato domanda di residenza in data precedente al 01/04/2020;
5. che nessun altro componente del nucleo familiare ha fatto né farà richiesta finalizzata ad ottenere il medesimo beneficio nel territorio italiano;
6. che nessun componete del nucleo familiare beneficia di erogazioni di beni di prima necessità effettuate da associazioni di volontariato/caritas/banco alimentare;
7. che il nucleo familiare è così composto:

	NR.	LAVORATORE DIPENDENTE	LAVORATORE AUTONOMO	LAVORATORE OCCASIONALE	ALTRO RAPPORTO DI LAVORO	DISOCCUPATO O INOCCUPATO DAL
CAPO FAMIGLIA						
CONIUGE						
CONVIVENTE						
FIGLI MINORENNI						
FIGLI MAGGIORENNI						
ALTRO (specificare)						

8. che nessun componente del nucleo familiare è beneficiario di Reddito di cittadinanza, oppure, che i seguenti componenti beneficiano del reddito di cittadinanza;
9. che nessun componente del nucleo familiare è beneficiario di pensione, assegni, indennità, erogazioni italiane o estere, oppure, che i seguenti componenti percepiscono per:

TIPO BENEFICIO _____ € _____ Mensili;

TIPO BENEFICIO _____ € _____ Mensili;

TIPO BENEFICIO _____ € _____ Mensili;

10. che nessun componente del nucleo familiare ha inoltrato richiesta di indennità di disoccupazione a seguito di cessazione del rapporto di lavoro;
11. che il nucleo familiare non possiede disponibilità economiche su conti correnti bancari o postali od altri depositi, atte a garantire beni di prima necessità per se e per il proprio nucleo familiare;
12. che relativamente alla situazione economica familiare è a conoscenza che il Comune di Norma in sede di istruttoria o successivamente all'erogazione dei buoni spesa, potrà esperire accertamenti tecnici ed ispezioni e ordinare esibizioni documentali per la verifica di quanto dichiarato;
13. che nel nucleo familiare sono presenti soggetti affetti ad handicap:

14. che nel nucleo familiare sono presenti soggetti affetti da patologie croniche:

15. di essere consapevole che il trattamento dei propri dati viene svolto dal Comune di Norma per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs. 196/2003, codice in materia di protezione dei dati personali e dal regolamento europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 (DGPR) e che il responsabile per la conservazione dei dati è la dott.ssa Francesca PACILLI;
16. di accettare tutte le condizioni stabilite dal Comune di Norma che consentiranno l'accesso al beneficio **in caso di accoglimento della presente istanza e limitatamente al contributo concesso.**

CHIEDE

L'erogazione di Buoni Spesa in proprio favore, a beneficio del proprio nucleo familiare, come sopra dichiarato, e si impegna, in caso di assegnazione accordata, ad utilizzarli **ESCLUSIVAMENTE** per l'acquisto di FARMACI E GENERI ALIMENTARI CON L'ESCLUSIONE DI ALCOLICI E SUPERALCOLICI.

Norma, li ____/____/2020

Il Dichiarante

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Numero VOUCHER erogati:

Firme per ricevuta del soggetto beneficiario: _____

Data ____/____/2020

Data ____/____/2020

Data ____/____/2020

Data ____/____/2020

***Allegare copia del documento, patente, carta di identità o altro documento in corso di validità**